



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
Trang Provincial Public Health Office

วันที่รับเรื่อง.....เวลา.....

ประเภทกิจการ สปา

นวดเพื่อสุขภาพ

นวดเพื่อเสริมความงาม

แบบตรวจสอบเอกสารคำขอต่อยุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อสถานประกอบการ..... ที่อยู่.....

ชื่อผู้ยื่นคำขอ..... เบอร์โทร.....

ลำดับ	เอกสารหลักฐาน	จำนวน (ฉบับ)	ผลตรวจ ครั้งที่ 1	ผลตรวจ ครั้งที่ 2
1. เอกสารหลักฐานของผู้รับอนุญาต (กรณีนิติบุคคล ต้องเป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามที่ระบุในหนังสือบริคณห์สนธิ)				
1.1	แบบคำขอต่อยุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สพส.3)	1		
1.2	แบบคำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่อยุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(สพส.21)	1		
1.3	สำเนาบัตรประชาชน	1		
1.4	ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับจริง)	1		
1.5	แบบประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
1.6	สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนจัดตั้งบริษัท (หนังสือบริคณห์สนธิ) พร้อมสำเนาบัญชีผู้ถือหุ้น วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณียื่นคำขอในนามนิติบุคคล)	1		
1.7	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ประกอบการหรือนิติบุคคลมอบอำนาจให้บุคคลอื่นทำแทนตน) - สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ - สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอำนาจ - ตีอากรแสตมป์	1		
1.8	หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น	1		
2. กรณีมีการเปลี่ยนแปลงขนาดพื้นที่ให้บริการ				
2.1	แบบขอเปลี่ยนแปลงขนาดพื้นที่การให้บริการ	1		
2.2	สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	1		
2.3	เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคารสถานที่ที่ตั้งหรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคาร หรือสัญญาเช่าอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ - สัญญาเช่า โดยผู้ประกอบการสถานพยาบาลต้องเป็นผู้เช่า - สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า	1		
2.4	ผังภายในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และมีขนาดของพื้นที่ให้บริการที่เป็นจริงกำกับไว้ด้วย	1		

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาและลงนามกำกับสำเนาถูกต้องไว้ด้วยทุกฉบับ

ครั้งที่ 1

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

(.....)

วันที่.....

ครั้งที่ 2

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

(.....)

วันที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อขอต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามข้อ ๒

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนามกรณีเป็นนิติบุคคล จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (เดิม) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการรายปี (ปีที่ผ่านมา) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) แบบประเมินตนเองของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๕) หนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงขนาดพื้นที่ให้บริการ (กรณีมีการปรับ/ลดพื้นที่) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๖) กรณีที่หลักฐานและเอกสารที่ยื่นไว้ใน การขออนุญาตมีการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงผู้ยื่นคำขอต้องยื่นหลักฐานและเอกสารที่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงด้วย จำนวน ๑ ฉบับ
- (๗) เอกสารอื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

- กิจการสปา
- กิจการนวดเพื่อสุขภาพ
- กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม
- กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
- กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง



เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ สัญชาติ อายุ ปี

บัตรประจำตัวประชาชน หรือ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑)บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒)บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนนิตินุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต

๒. ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ใบอนุญาตเลขที่

ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภาษาไทย

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี)

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/

แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ e-mail : Line :

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการพื้นที่การให้บริการ ตารางเมตร

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามข้อ ๒ มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวประชาชนผู้ประกอบกิจการหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อำนาจลงนามกรณีเป็นนิตินุคคล จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) กรณีหลักฐานและเอกสารที่ยื่นไว้ใน การขออนุญาตมีการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงทุกรายการ

(๓) เอกสารอื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

แบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ/นวดเพื่อเสริมความงาม

ประเด็นการประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ/นวดเพื่อเสริมความงาม	มี	ไม่มี
ด้านสถานที่		
๑.ป้ายชื่อร้านต้องระบุประเภทกิจการตามที่ขออนุญาตไว้ในป้ายเดียวกัน แสดงเลขที่ตั้ง และติดไว้ด้านหน้าหรือตัวอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนอย่างน้อย๑ป้าย **ภาษาอังกฤษต้องเล็กกว่าภาษาไทย**		
๒.ประตูเข้าห้องบริการต้องไม่สามารถปิดล็อกได้		
๓.ถึงขยะในห้องน้ำ ห้องครัวและห้องเตรียมผลิตภัณฑ์ต้องมีฝาปิด		
๔.ห้องส้วม ติดสัญลักษณ์ ชาย/หญิง		
๕.มีอ่างล้างมือ และสบู่เหลว ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้ครั้งเดียว/คน		
ด้านความปลอดภัย		
๖.มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยารับประทาน/ยาใช้ภายนอก (ชุดอุปกรณ์ทำแผล/ยาต้ม/ยาหมอม่อง เป็นต้น)		
๗.มีจุดคัดกรองผู้รับบริการแรกรับ และมีทะเบียนบันทึกเวลาเข้าใช้บริการ มีหน้ากากอนามัยที่จัดเตรียมไว้		
๘.ติดตั้งเครื่องดับเพลิง ณ บริเวณเข้าออกหลัก อย่างน้อย ๑ เครื่อง ติดตั้งมั่นคงแข็งแรง โดยปลายคันจับสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๔ เมตรเข้าถึงง่ายนำมาใช้ได้สะดวก พร้อมหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมใช้งานถึงดับเพลิง		
๙.มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ เช่น กริ่ง กระดิ่ง หูด ไซเรน ที่ดังได้ยินทั่วพื้นที่บริการ		
๑๐.มีป้ายทางหนีไฟ พื้นสีเขียวตัวอักษรสีขาว		
๑๑.มีไฟฉุกเฉินที่พร้อมใช้งานตลอดเวลา		
ด้านการให้บริการ		
๑๒.ต้องไม่มีเมนูบำบัดรักษาอาการ/คลายเส้น/กดจุด/สักผิว/หรือเมนูที่มีการใช้เครื่องมือ/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ดูดสิ่ว หรือดูดสลายไขมัน เป็นต้น		
๑๓.ผลิตภัณฑ์ทุกชนิดที่ใช้มีเลขทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย		
๑๔.มีการแสดงรายการการให้บริการ และอัตราค่าบริการในที่เปิดเผยมองเห็นได้ง่ายหรือตรวจสอบได้		
๑๕.มีเครื่องแบบสำหรับผู้ให้บริการที่สะอาด สุภาพ รัดกุมและมีป้ายชื่อผู้ให้บริการติดบริเวณหน้าอก		
๑๖.มีการระบุเวลาเปิด/ปิดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตรงกับที่แจ้งไว้ในคำขอรับใบอนุญาตที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน		

หมายเหตุ

.....

.....

.....

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงขนาดพื้นที่การให้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑. ข้าพเจ้า

ชื่อนาย/นาง/นางสาว/นิติบุคคล.....

เป็นผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภท.....

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการ เป็นภาษาไทยว่า

ภาษาต่างประเทศว่า

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่.....

ที่ตั้งสถานประกอบการเลขที่ ซอย..... ถนน ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร.....

๒. มีความประสงค์ขออนุญาต ขยาย/ลด พื้นที่การประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพิ่มเติม จากสถานที่ที่เคยได้รับอนุญาตฯ ดังนี้

ขยาย/ลด พื้นที่ในสถานประกอบการเดิมที่ได้รับใบอนุญาตฯ แล้ว (เช่น ขยายจากชั้น ๑ - ๒ ไปยังชั้น ๓ - ๕ เป็นต้น)

ขยายพื้นที่ในอาคารใหม่ที่มีทางเชื่อมต่อกับสถานประกอบการเดิม

สถานที่ประกอบกิจการเดิม ที่ตั้งสถานประกอบการเลขที่..... ชั้นที่..... ซอย.....

ถนน ตำบล / แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... พื้นที่ประกอบกิจการ..... ตารางเมตร

ขออนุญาตประกอบกิจการเพิ่มเติมในที่ตั้งเลขที่..... ชั้นที่..... ซอย.....

ถนน ตำบล / แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... พื้นที่ประกอบกิจการ..... ตารางเมตร

ดังนั้น พื้นที่ในการประกอบกิจการทั้งหมดในปัจจุบัน ประกอบด้วย ที่ตั้งเดิม และพื้นที่ที่ขอขยายเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้นจำนวน

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือรับรองบริษัท ผู้รับอนุญาต (เจ้าของกิจการตามที่ระบุในใบอนุญาต)

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (พร้อมรับรอง)

๓.๓ ผังการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ขอขยายพื้นที่

๓.๔ เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของอาคารสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือหนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หรือสัญญาเช่าอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้ง)

๓.๕ อื่นๆ (ถ้ามี) เช่นใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ลายมือชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
()

แบบฟอร์มแผนผังภายในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่อยู่.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....เบอร์โทร.....

ชื่อผู้รับมอบอำนาจ.....เบอร์โทร.....

ขนาดพื้นที่ทั้งหมด.....ชั้น รวม.....ตารางเมตร

สำหรับเจ้าหน้าที่

ขนาดพื้นที่ทั้งหมด.....ชั้น จำนวน.....ตรม. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต.....บาท

ค่าธรรมเนียมรายปี.....บาท

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่.....
.....

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... ขอมอบอำนาจให้อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....
.....
.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้าขอรับผิชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจ
ได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

- ปิดอากรแสตมป์ดังนี้ 1) มอบอำนาจให้กระทำการครั้งเดียว ค่าอากรแสตมป์ 10 บาท
2) มอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว ค่าอากรแสตมป์ 30 บาท

* ผู้มอบอำนาจเป็นผู้เสียอากร ผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้คืนมาแสตมป์